THÈSE

N° 10.

SUR

L'EXOSTOSE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 janvier 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR HERCULE MARCÉ, de Mende,

Département de la Lozère;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences; Prosecteur de M. *Lisfranc* dans ses cours de médecine opératoire, et de M. *Ricord* dans ses cours de bandages et appareils.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat.
HIPP.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* FOUQUIER. BOUILLAUD, *Examinateur.* CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS, *Suppléant.* DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy, *Examinateur.*
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cotteread, *Suppléant.*	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle nentend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Pharmacien à Mende.

Témoignage public de reconnaissance.

A MA MÈRE,

NÉE JOSÉPHINE VACHIN,

ET

A MON FRÈRE,

FRÉDÉRIC MARCÉ,

Contrôleur.

Hommage d'un attachement sans bornes.

H. MARCÉ.

THÈSE

SUR

L'EXOSTOSE.

Définition. On appelle *exostose* toute tumeur formée par le développement plus ou moins considérable d'une portion ou de la totalité d'un os.

Siége. L'exostose peut se développer sur tous les points du système osseux; les dents elles-mêmes, au rapport de M. *J. Cloquet*, qui en possède plusieurs observations, n'en seraient pas exemptes; cependant on l'observe le plus souvent sur les os du crâne, le sternum et les os longs et superficiels surtout.

Divisions. Les auteurs, dans les descriptions qu'ils ont données de ces tumeurs, ont établi autant de divisions qu'il y a de rapports suivant lesquels elles peuvent être envisagées, tels que la forme, la consistance, etc.; mais nous n'admettrons ici qu'une division, fondée sur la nature même du mal, qui doit toujours servir de base au traitement. Nous diviserons seulement les exostoses en *idiopathiques* et en *symptomatiques*. Nous donnons le nom d'*exostoses idiopathiques*

à celles qui se développent à la suite d'une violence extérieure ou qui surviennent sans causes appréciables chez un individu sain et d'ailleurs bien portant : nous avons remarqué que celles-ci sont les plus communes.

Nous appelons *exostoses symptomatiques* celles qui naissent sous l'influence d'une autre affection, telles que la syphilis, les scrophules, etc.

Les exostoses de l'une et de l'autre classe, au moins à leur début, sont toujours accompagnées d'une inflammation aiguë ou chronique. L'état aigu dure aussi long-temps que la tumeur est douloureuse, et présente quelques attributs de l'inflammation. L'état chronique existe aussitôt que la tumeur ne présente aucun symptôme inflammatoire.

Quand une exostose se développe, qu'elle appartienne à l'une ou à l'autre de nos deux classes, c'est-à-dire qu'elle soit idiopathique ou symptomatique, elle se présente avec les mêmes symptômes.

Signes. Lorsqu'une exostose s'est développée sur la surface d'un os superficiel, elle est très-facile à reconnaître : ainsi, elle est caractérisée par une tumeur dure, plus ou moins volumineuse, incompressible, plus ou moins douloureuse ou indolente, cimentée ou confondue avec l'os sous-jacent, immobile, ne changeant de position ni par les mouvemens du membre, ni par les pressions exercées sur elle.

On distingue assez bien encore cette tumeur, quoique recouverte d'une couche considérable de parties molles, pourvu qu'elle fasse un certain relief; mais quand elle fait saillie dans l'intérieur d'une cavité, on n'a pour la reconnaître que des signes rationnels et partant équivoques. La marche de ces tumeurs est lente, et les tissus qui les recouvrent sont rarement rouges; l'inflammation enfin peut y être latente comme dans tous les autres organes.

Les exostoses de cause externe et les syphilitiques se présentent le plus souvent à l'état aigu.

Causes et nature. Nous avons déjà énoncé quelques-unes des causes les plus fréquentes de cette affection ; mais nous devons débattre ici une question importante et encore en litige, savoir si les exostoses sont toujours produites par un vice ou virus, ou bien, en d'autres termes, si une cause externe n'est jamais qu'une cause déterminante de cette affection : cette opinion, admise par la plupart des praticiens, n'est pas, avec raison, partagée par le plus grand nombre. On voit, en effet, souvent survenir chez de jeunes animaux, chez les poulains surtout, des exostoses à la suite d'une contusion, quoique l'animal ne présente dans sa constitution rien qui permette d'attribuer cette tumeur à toute autre cause qu'à la violence extérieure. A ces faits, que tous les médecins ont pu constater, nous ajouterons ceux analogues chez l'homme et assez nombreux, que nous a fait observer M. *Lisfranc.* Quelle est la nature de l'exostose? Nous devons nous arrêter un moment sur ce point important de la question, puisque c'est toujours d'après l'idée qu'on se forme sur la nature d'une maladie qu'on base sa thérapeutique. En effet, sans entrer ici dans des détails que ne comporte pas ma thèse, n'est-ce pas parce qu'on s'est toujours fondé sur des hypothèses qu'on a si long-temps pu voir un siècle élever un système que le siècle suivant renversait ? Tâchons d'éviter cette erreur si funeste à notre art, en adoptant la marche vraiment philosophique tracée par le père de la médecine, marche que suivent pareillement tous les hommes qui cultivent les sciences exactes. Ayons toujours présent à l'esprit que les théories ne doivent être que le résumé, le corollaire des faits.

Certains praticiens regardent l'exostose comme une maladie asthénique ; mais le plus grand nombre ne partagent pas cette manière de voir ; M. *Lisfranc*, entre autres, croit et enseigne que l'exostose est toujours avec inflammation, et voici les preuves concluantes qu'il donne en faveur de cette opinion : 1°. Sur trente exostoses qu'il lui a été donné d'observer à la Pitié, il a constamment vu ces tumeurs plus

ou moins douloureuses, et la caloricité de leurs tégumens sensiblement augmentée. Il ne pense pas que personne soit tenté d'attribuer ces phénomènes à une névrose. 2°. Quelques-uns de ces malades affectés d'exostoses étant morts à la suite d'une inflammation viscérale, on a pu procéder à l'examen anatomico-pathologique de leurs tumeurs, et l'on a trouvé que les vaisseaux y étaient plus nombreux que dans l'état sain, qu'ils étaient gorgés de sang, et, de plus, le tissu osseux diminué de consistance. 3°. Enfin, la thérapeutique fournit encore une preuve que telle est bien la nature de l'exostose, puisqu'on voit les évacuations sanguines emporter complètement l'excès de chaleur et la douleur, ou du moins tempérer ces symptômes dans presque tous les cas.

Anatomie pathologique. Lorsque la tumeur dont on fait la dissection est peu ancienne, on y retrouve toutes les traces de l'inflammation, injection, multiplicité des vaisseaux, tuméfaction et ramollissemens du tissu osseux. On peut trouver encore dans cette affection l'os érodé, carié ou nécrosé; d'autres fois on voit survenir sur quelques points de la tumeur, qui peut aussi être totalement envahie, des dégénérescences dont tous les auteurs ont parlé. Dans quelques cas plus rares, on ne trouve rien de semblable; on ne rencontre dans la tumeur aucun vestige d'organisation; elle a acquis une compacité et une homogénéité qui l'ont fait comparer à l'ivoire, auquel elle ressemble parfaitement, etc. Quand la tumeur est peu prononcée, qu'elle n'a acquis qu'un médiocre volume, les parties qui l'avoisinent ne présentent rien d'insolite. Si, au contraire, la tumeur est très-prononcée, et surtout dans certaines dimensions, on retrouve dans les parties molles environnantes des changemens assez remarquables, qui rendent ordinairement compte des divers symptômes observés pendant la vie : ainsi les tégumens qui la recouvrent sont quelquefois distendus, amincis, prêts à se rompre; les muscles pâles, déformés, déviés de leur position naturelle;

les nerfs et les vaisseaux déviés, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et comprimés, dans certains cas, au point que ces derniers ont pu être oblitérés.

Diagnostic. Dans les cas ordinaires, il est difficile de confondre aujourd'hui l'exostose avec aucune autre tumeur; en effet, on peut assez bien la distinguer de toute autre affection du système osseux; les causes, les symptômes qui l'accompagnent ou l'ont précédée, la nature de la douleur, etc., suffisent pour conduire à ce résultat. Mais il arrive quelquefois que la saillie d'une exostose se dessine en dedans d'une cavité; le diagnostic alors est plus difficile à établir; il ne peut plus être basé que sur des signes rationnels. Nous n'examinerons pas ici comment, par le raisonnement et la méthode dite d'*exclusion*, on arrive à distinguer une exostose d'un kyste, d'un tubercule, d'un fongus, etc., avec lesquels on peut la confondre; nous serions entraîné trop loin. Il ne nous appartient pas non plus de parler de ces tumeurs osseuses dont les caractères moins prononcés ne permettent pas de déterminer la nature.

Prognostic. Le prognostic de cette affection est ordinairement grave; cependant, quand elle est idiopathique, on la guérit, ou du moins on en enraie assez facilement la marche. Elle cause plus souvent une légère difformité qu'un véritable accident, quand elle est peu volumineuse, et ne gêne aucun organe. Mais quand elle est symptomatique, il en est bien autrement; on ne peut en porter qu'un bien fâcheux prognostic : en effet, sans même tenir compte de l'affection dangereuse qui l'a produite, et qui peut en produire d'autres, on voit, quand ces tumeurs se développent chez un individu capable d'en apprécier toute la gravité, celui-ci devenir triste et morose, insensible à toute espèce de plaisirs, continuellement agité de sinistres pressentimens, et tomber enfin dans un état de découragement complet. Si la tumeur est placée de manière à faire saillie dans une des cavités encéphalique ou rachidienne, la perte du malheureux est presque inévitable. Quand

elle se développe dans l'intérieur d'une autre cavité splanchnique, elle détermine une série d'accidens qui varient suivant le volume qu'elle acquiert, suivant encore l'importance et le nombre des organes qu'elle comprime. Le traitement de l'exostose est toujours long; souvent on a la douleur de voir la tumeur reprendre sa marche et continuer à prendre du développement, après avoir paru plus ou moins long-temps enrayée par l'effet d'un traitement convenable. Voyons maintenant quels sont nos moyens thérapeutiques contre les exostoses; et d'abord énumérons les diverses méthodes de traitement qui ont été proposées à différentes époques.

Traitement. Suivant l'opinion qu'ils s'étaient faite sur la nature de l'exostose, les auteurs ont proposé des moyens de traitement divers; mais, comme cela n'arrive que trop souvent quand il s'agit de guérir quelque maladie grave dont l'étiologie et la nature sont également mal connues, ces moyens empiriquement employés contre tous les cas, quels qu'ils fussent, et sans aucun égard pour les circonstances pathologiques qui pouvaient les accompagner, avaient obtenu si peu de succès, que certains chirurgiens doutent encore aujourd'hui qu'on puisse avantageusement employer aucun traitement contre cette affection, à moins qu'elle ne soit symptomatique de la vérole. Quelques-uns, au nombre desquels nous regrettons de compter M. *Abernethy*, ont administré les acides nitrique, muriatique, etc., dans l'intention de dissoudre le phosphate calcaire qu'ils voyaient en excès dans l'économie; heureusement, de nos jours, de pareilles idées n'ont pas besoin d'une réfutation sérieuse. D'autres, en tête desquels figure *Brown*, ne voyant encore ici que faiblesse, atonie, ont pu espérer d'en obtenir la résolution avec des excitans. Les Anglais ont conseillé l'usage d'un vésicatoire, qu'il faut long-temps faire suppurer; il est prouvé que cette méthode a eu quelques succès; mais nous pensons que si, au lieu d'entretenir sur la tumeur une excitation trop uniforme, on employait successivement plusieurs petits vésicatoires quand l'utilité en est indiquée, on obtiendrait de plus grands avan-

tages. On a aussi mis en usage les caustiques et le cautère actuel ; mais la carie, la nécrose et autres désorganisations pouvant suivre leur application, il est bien d'en proscrire l'usage. Enfin, des praticiens de nos jours, ne croyant pouvoir guérir l'exostose par aucun traitement, conseillent en pareil cas l'usage des opiacés et autres narcotiques, dans l'intention de pallier la maladie, ou tout au plus d'en enrayer la marche. Dans cette impuissance de l'art presque généralement reconnue, quelques médecins ont décidé qu'il fallait abandonner la maladie aux ressources de la nature, ou avoir recours à la résection de la tumeur quand elle était pédiculée et facilement accessible, ou bien encore à l'amputation du membre, quand la résection était impossible, que la tumeur continuait à faire des progrès, et, par les atroces et continuelles douleurs qu'elle provoquait, elle troublait les fonctions et compromettait plus ou moins prochainementla vie de l'individu. M. *Lisfranc*, avec quelques autres médecins, voyant la plus grande analogie entre cette affection et les autres engorgemens chroniques, lui a appliqué la même méthode de traitement qui lui avait si bien réussi contre ceux-ci, sans inventer des moyens nouveaux, sans employer d'autres remèdes que ceux mis en usage jusqu'à ce jour, pénétré de l'idée que l'exostose était plus souvent idiopathique qu'on ne le pensait généralement, et qu'elle n'offrait pas constamment les mêmes indications à remplir ; croyant d'ailleurs devoir mieux tenir compte de l'état plus ou moins inflammatoire de la tumeur, qu'on n'avait coutume de le faire en général, il a établi l'heureuse combinaison des moyens simples que nous allons retracer ici dans l'ordre de leur administration. Mais avant, nous rappellerons notre importante division d'*état aigu* et d'*état chronique*, afin de diriger contre chacun de ces états les moyens propres à les combattre efficacement : nous ferons abstraction pour le moment des exostoses liées à une cause générale. Avant de commencer le traitement, il faut, pour bien apprécier plus tard les changemens qu'amènera dans la tumeur notre médication, bien constater le volume du membre : pour cela, on le mesurera exactement à diverses hauteurs, avec trois

rubans de fil; ces mesures circulaires étant prises aux parties supérieure, moyenne et inférieure de la tumeur, on marquera ces points par des lignes faites avec le nitrate d'argent fondu. D'ailleurs, toutes les fois qu'à un examen ultérieur de la tumeur on reconnaîtra quelque changement de volume, on en tiendra compte par une nouvelle marque faite à l'encre sur le lien.

Traitement de l'exostose à l'état aigu. Toutes les fois qu'un malade se présente avec une exostose accompagnée de douleur et d'une chaleur plus grande des tégumens qui la recouvrent, il faut avant tout recourir aux moyens antiphlogistiques : ainsi une ou plusieurs saignées devront être pratiquées au début. On aura égard, pour le nombre de ces évacuations, pour la quantité de sang à extraire, et pour le temps où elles devront être renouvelées, à l'influence qu'elles auront sur les forces du sujet, et à leur action sur la maladie locale. Concurremment avec celles-ci, ou après qu'on aura jugé convenable d'en suspendre l'usage, on appliquera autour de la tumeur de trente à soixante sangsues, qu'on renouvellera tous les quatre, cinq ou six jours, suivant l'effet qu'elles auront produit. La tumeur sera recouverte de cataplasmes émolliens, qu'on devra renouveler toutes les trois ou quatre heures, afin d'éviter l'action irritante qu'ils ne manqueraient pas de produire en s'aigrissant si on les laissait plus long-temps. Si ces topiques doivent être placés sur une exostose très-douloureuse, on les arrosera avec le laudanum ou autres narcotiques, qui réussiront d'autant mieux que les émissions sanguines en favoriseront l'action. Le repos absolu, l'usage des boissons émollientes devront être recommandés, ainsi qu'une diète végétale, dont la nature et la quantité devront être variées suivant la constitution du malade. Un principe important, sur lequel M. *Lisfranc* insiste beaucoup, c'est de ne pas renouveler les émissions sanguines tant que l'amendement produit par une première évacuation continue d'avoir lieu ; car elles auraient alors peu d'efficacité et ne pourraient que déprimer les forces du malade, que, eu égard à la longueur du traitement, on a le plus

grand intérêt à conserver. Une autre considération non moins importante consiste à ne pas insister avec trop d'opiniâtreté sur les saignées, lorsqu'elles ne produisent aucun amendement; car si l'on agissait autrement, on perdrait toutes les ressources qu'offre la constitution du sujet, et le traitement ne pourrait être continué. C'est alors qu'il faut savoir attendre, tant que la tumeur ne fait pas de nouveaux progrès, et se borner à une médecine expectante proprement dite. Si le mal faisait toujours des progrès, il faudrait avoir recours à d'autres moyens et tâcher d'éviter une fâcheuse terminaison; plus tard on reviendra sur les saignées, et elles produiront souvent des effets qu'on n'aurait pu obtenir d'abord en insistant sur elles. M. *Lisfranc*, bien entendu, ne prétend pas qu'à l'aide du traitement que nous venons d'indiquer on puisse obtenir la résolution d'une maladie aussi grave, au moins dans la grande majorité des cas; aussi ne se propose-t-il que de l'amener à l'état parfaitement chronique, état contre lequel doivent être dirigés de nouveaux moyens dont je vais parler ici.

Traitement de l'exostose à l'état chronique. Quelquefois une exostose se présente au premier examen avec les caractères de la chronicité : faut-il dans ces cas recourir de prime abord aux moyens excitans qui conviennent à cet état? Nous ne le pensons pas, pour deux raisons principales: 1°. quoique la tumeur n'offre à l'observateur aucun symptôme apparent d'inflammation, il peut se faire qu'il en existe néanmoins quelque trace, que les excitans pourraient bien réveiller; 2°. l'expérience a prouvé qu'une évacuation sanguine abondante dirigée contre une exostose tout à fait indolente avait cependant produit de bons effets. Ce principe préliminaire étant posé, nous allons énumérer les différens moyens excitans et résolutifs qu'on peut ensuite mettre en usage. 1°. L'application de sangsues en petit nombre (de deux à huit, suivant qu'on veut plus ou moins exciter) produit en général de bons effets. Cette propriété excitante, que personne ne conteste aujourd'hui, a surtout été bien démontrée par

M. *Margot*, dans son excellente thèse sur les tumeurs blanches, ainsi que les phénomènes qui accompagnent cette médication, et les effets qui en résultent, etc. ; aussi nous dispenserons-nous de les retracer ici. Nous ne parlerons que de quelques principes de la plus haute importance : ainsi il peut arriver que l'excitation produite par une première application de sangsues en petit nombre présente un certain degré d'intensité ; il ne faudrait pas alors la renouveler ; car l'excitation produite par ces dernières, jointe à celle qui existait déjà, pourrait bien être suivie d'accidens inflammatoires d'autant plus graves qu'ils exposeraient à la désorganisation de la tumeur. Si le mal était fait, l'inflammation développée, sans hésiter il faudrait appliquer de nouveau des sangsues, mais en grand nombre, pour ramener cette fois l'excitation au degré convenable. Il arrive encore un temps où ce moyen ne produit plus rien ; il faut en suspendre l'emploi pour recommencer quand le malade se sera reposé pendant quelques jours ; on voit souvent, en agissant ainsi, se produire un nouvel amendement. 2°. On peut ensuite essayer les vésicatoires sur la tumeur, comme nous l'avons déjà indiqué. Enfin, dans les cas où tous les autres moyens auraient échoué, il serait convenable d'expérimenter avec circonspection les effets des cautères, sétons, moxas, etc. Si l'emploi de quelqu'un de ces moyens était suivi d'une trop forte inflammation, on se hâterait de la réprimer par des émissions sanguines. On a fait usage contre l'exostose d'un grand nombre de médicamens appelés *fondans ;* mais les plus efficaces sont, sans contredit, l'hydriodate de potasse et l'onguent mercuriel, quand ils sont employés suivant l'indication, c'est-à-dire quand il ne reste plus dans la tumeur ni douleur, ni excès de chaleur. La dose de ces topiques est graduée depuis un sixième de gros jusqu'à un gros. On pourrait aussi retirer de bons effets du liniment volatil camphré, des douches, etc., dont il faudrait bien surveiller l'action irritante. Enfin le moyen par excellence, suivant M. *Lisfranc*, qui en tire un excellent parti, c'est la compression convenablement établie : mais de même que, dans la fièvre intermittente, le sulfate de quinine ne doit pas être administré dans

tous les cas, à tous les individus, à la même dose ; de même la compression ne doit pas être établie au même degré sur toutes les exostoses, quels qu'en soient la nature et l'état, quelle que soit la constitution du sujet qui doit la supporter; aussi le chirurgien de l'hôpital de la Pitié a-t-il distingué plusieurs degrés ou doses de compression, qu'il établit successivement au fur et à mesure que le degré précédent perd de son efficacité. Nous allons essayer de les décrire dans l'ordre de leur intensité, en commençant par la plus faible : 1°. la première dose consiste dans la constriction plus ou moins forte du membre aux points où siége la tumeur, avec un bandage roulé simple, et posé suivant les règles établies par les chirurgiens pour l'application des bandages circulaires. Dans la seconde dose, on dispose en cône plusieurs rondelles d'agaric; on en pose la base sur le centre de la tumeur, et l'on comprime le tout comme dans le premier cas. Dans le troisième degré, on remplace l'agaric par des compresses graduées qui sont moins souples, moins élastiques, et l'on comprime toujours de la même manière. Pour la quatrième dose, au lieu d'agaric ou de compresses, on interpose entre la bande et la tumeur une attelle garnie de linge. Quand enfin on a considérablement diminué une tumeur par la compression, on parvient quelquefois à la faire disparaître en entier par une cinquième dose de compression que M. *Lisfranc* appelle *malaxation*, et qui consiste à exercer sur la tumeur des pressions fréquentes et prolongées avec les doigts, mais surtout avec la face palmaire des pouces. Nous possédons quelques observations qui prouvent l'efficacité de la compression ainsi établie.

Traitement de l'exostose symptomatique. Quand l'exostose est liée à une affection générale, le traitement qui lui convient ne diffère pas de celui que nous venons de décrire; seulement il faut, concurremment avec ces moyens locaux, employer ceux tant internes qu'externes que l'expérience a jugés les plus efficaces contre chacun des vices particuliers dont l'exostose peut dépendre. Les détails dans lesquels est entré M. *Margot*, dans sa thèse, sont en tout applicables au cas qui nous occupe.

On voit quelquefois chez les vénériens des exostoses continuer à produire des douleurs ostéocopes très-fortes, quoique par un traitement convenable on soit parvenu à amener ces tumeurs à l'état parfaitement chronique, et à dissiper tous les autres symptômes de l'affection générale. M. *Ricord*, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, a employé avec succès, dans trois cas de ce genre, l'acétate de morphine par la méthode dite *endermique*. En pareil cas, nous n'hésiterions pas à imiter cet habile praticien.

Traitement chirurgical. Il ne faudrait cependant pas croire qu'à l'aide de tous les moyens que nous venons d'exposer, quoique très-rationnellement administrés, on puisse dans tous les cas obtenir une complète guérison : trop souvent les faits viendraient prouver qu'il en est autrement; car il peut arriver ou que la maladie, sans céder complètement aux moyens qu'on aura mis en usage, cesse pourtant de faire des progrès, qu'elle soit enrayée, en un mot, ou bien qu'elle résiste à tous les moyens thérapeutiques qu'on pourra administrer, soit parce qu'ils auront été réclamés trop tard ou qu'un commencement de désorganisation aura déjà eu lieu. Dans le premier cas, si la tumeur ne cause que de la difformité, il ne faut entreprendre aucune opération, et abandonner la maladie à elle-même; dans le second cas, il faut sans hésiter recourir à l'ablation de la tumeur, opération toujours praticable quand la base en est étroite ou seulement circonscrite. Quand on veut enlever une exostose, il faut la cerner par deux incisions semi-elliptiques, la mettre bien à nu, diviser ensuite le périoste qui la recouvre sur les points que devra parcourir la scie, et l'isoler des parties saines par quelques traits de cet instrument. Si la tumeur était fort épaisse, il faudrait alors la scier de son sommet à sa base, et la partager ainsi en plusieurs portions, qu'on détacherait successivement et avec bien plus de facilité. Il faut, tant qu'on le peut, se servir de la scie de préférence à la gouge et au ciseau, qui ne peuvent être mis en jeu qu'à l'aide du maillet et qui, si l'on avait à opérer sur le crâne, imprimeraient nécessairement au cerveau des

commotions toujours dangereuses. Quand on est forcé, à cause de la position de la tumeur, ou pour toute autre raison, de faire usage de ces derniers instrumens, il faut avant tout assujettir et bien fixer la partie sur laquelle on va opérer, afin d'éviter les secousses douloureuses, et avoir grand soin de faire agir obliquement cet instrument, afin de couper autant en pressant qu'en sciant. Mais l'ablation de la tumeur devient très-difficile et plus compliquée lorsque l'exostose présente une base large, qui se confond avec la surface de l'os qui la supporte. Si malgré cette disposition on croit pouvoir pratiquer la résection, il faut alors, après avoir découvert toute la tumeur, faire sur elle avec une scie, dont la forme devra varier suivant les cas, plusieurs sections qui s'entre-croisent et qui s'étendent de son sommet à sa base, de manière à la diviser en un plus ou moins grand nombre de fragmens : on pourrait tirer parti de la couronne du trépan, dont on multiplierait les applications en faisant entrer les traits circulaires les uns dans les autres. Quand on aurait ainsi divisé la tumeur, on enlèverait avec la gouge successivement toutes les portions, en faisant agir cet instrument comme nous l'avons déjà dit.

L'exostose étant enlevée d'une manière ou de l'autre, il faut, si la section de l'os est saine, tenter la réunion par première intention; mais si elle était envahie par la carie ou la nécrose, ou si les bourgeons charnus qui se développent en pareil cas devenaient fongueux, dans l'un et l'autre cas on serait obligé d'en venir à l'application du cautère actuel sur les points affectés de l'une ou de l'autre de ces altérations.

Enfin si la tumeur occupe une grande étendue sur un membre, quoique tous les traitemens aient échoué ou soient désormais devenus inutiles, quoique la résection soit impraticable, il ne faut pas désespérer encore; il reste une dernière ressource, il faut y recourir : c'est l'amputation du membre.

PROPOSITIONS.

I.

Une balle peut produire sur l'économie huit ouvertures sans rester dans les tissus.

II.

Les évacuations sanguines habilement dirigées font éviter presque toujours les débridemens dans les plaies par armes à feu.

III.

Les luxations de l'humérus sur le scapulum et du fémur sur l'os des iles peuvent être incomplètes.

IV.

La tumeur et la fistule lacrymales sont souvent guéries sans opérations.

V.

C'est par le trépan, appelé *exploratif*, qu'on peut juger de la pro-

fondeur à laquelle pénètre la nécrose résultant de la contusion des os du crâne.

VI.

Toutes les fois qu'on pratique une incision, il faut qu'elle commence du côté de l'origine des nerfs.

VII.

On peut lever le premier appareil le lendemain de son application.

VIII.

Pour réduire une hernie crurale, le chirurgien peut se placer vers la partie supérieure du bassin.

IX.

C'est en combinant les évacuations sanguines légères avec la cautérisation faite avec le proto-nitrate acide de mercure liquide, que l'on guérit presque toujours la dartre rongeante.

X.

La saignée ne doit être pratiquée dans les cas de commotion violente du cerveau que quand le pouls reprend du développement.

XI.

On peut saigner plus abondamment dans les inflammations de poitrine que dans celles du canal intestinal.

XII.

La saignée générale l'emporte sur la saignée locale pour faire résorber les épanchemens.

XIII.

L'emploi du *speculum* est très-utile pour reconnaître les inflammations profondes du vagin, et tous les symptômes de syphilis qui sont au-delà des caroncules myrtiformes.

XIV.

Dans les rétrécissemens de l'urètre, il n'est pas toujours utile de pousser les corps dilatans jusque dans la vessie.

Va, feuille légère, subir ton destin.
YOUNG.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibus venæ sectio et medicamentum purgans confert, iis vere venam secare, aut medicamentum purgans exhibere convenit. *Sect.* 6, *aph.* 47.

II.

Ex ictu in capite accepto, stupor, aut disipientia, malo est. *Sect.* 7, *aph.* 14.

III.

Ex sanguinis sputo, puris sputum, malum. *Ibid.*, *aph.* 15.

IV.

Ex ossis nudatione, erysipelas. *Ibid.*, *aph.* 19.

V.

Ex osse persecto delirium, si ad vacuum usque penetravit. *Ibid.*, *aph.* 24.